

(様式第 10 号)

住所変更届

令和 年 月 日

泉佐野泉南医師会看護専門学校長 様

学籍番号 _____ 氏名 _____ 〇印

私 このたび下記のとおり住所を変更しましたので届出します。

記

旧住所

新住所

〒 (-) 電話番号 (- -)

(注)通学経路が変更になる場合は通学経路変更願も併せて提出すること。